



25575

ENCUESTA DE SERVICIOS PARA LOS JOVENES

(YSS Spanish Version) for youth ages 12-18

SPA YOUTH

County Code	Youth's CSI Client Number	Youth's Social Security Number	Youth's Date of Birth	Youth's Ethnic Group
0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 / 0 0 / 0 0 0 0	<input type="radio"/> Caucasian
1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 / 1 1 / 1 1 1 1	<input type="radio"/> Hispanic
2 2 2	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	2 2 / 2 2 / 2 2 2 2	<input type="radio"/> African-Amer
3 3 3	3 3 3 3 3 3 3 3 3 3	3 3 3 3 3 3 3 3 3 3	3 3 / 3 3 / 3 3 3 3	<input type="radio"/> Asian
4 4 4	4 4 4 4 4 4 4 4 4 4	4 4 4 4 4 4 4 4 4 4	4 4 / 4 4 / 4 4 4 4	<input type="radio"/> Other
5 5 5	5 5 5 5 5 5 5 5 5 5	5 5 5 5 5 5 5 5 5 5	5 5 / 5 5 / 5 5 5 5	
6 6 6	6 6 6 6 6 6 6 6 6 6	6 6 6 6 6 6 6 6 6 6	6 6 / 6 6 / 6 6 6 6	
7 7 7	7 7 7 7 7 7 7 7 7 7	7 7 7 7 7 7 7 7 7 7	7 7 / 7 7 / 7 7 7 7	
8 8 8	8 8 8 8 8 8 8 8 8 8	8 8 8 8 8 8 8 8 8 8	8 8 / 8 8 / 8 8 8 8	
9 9 9	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	9 9 / 9 9 / 9 9 9 9	
		P P P P P P P P P P		

Por favor ayúdenos a mejorar nuestro programa al contestar las siguientes preguntas con respecto a los servicios que usted recibió EN LOS 6 MESES PASADOS. Todas las respuestas son confidenciales. Sus servicios actuales y futuros no se verán afectados por su participación en esta encuesta.

Por favor señale su opinión tocante a cada artículo en la lista siguiente (Definitivamente no, No estoy de acuerdo, Neutral, Si, de acuerdo, Si, definitivamente). En cada renglón, llene el círculo que más corresponda con su opinión.

Por favor llene el círculo completo.

Ejemplo: Correcto ● Incorrecto ✕

	Definitivamente, No	No Estoy de acuerdo	Neutral	Si, de acuerdo	Si, Definitivamente
1. En general, estoy satisfecho/a con los servicios que he recibido.	<input type="radio"/>				
2. Yo ayudé a escoger mis servicios.	<input type="radio"/>				
3. Yo ayudé a definir mis metas de tratamiento.	<input type="radio"/>				
4. Las personas que nos estaban ayudando me apoyaron en las malas y en las buenas.	<input type="radio"/>				
5. Yo sentí que tenía alguien con quien hablar cuando estaba molesto/a.	<input type="radio"/>				
6. Yo participe activamente en mi propio tratamiento.	<input type="radio"/>				
7. Recibí los servicios que eran indicados para mí.	<input type="radio"/>				
8. La localidad donde recibía los servicios era conveniente.	<input type="radio"/>				
9. Los servicios eran a horas convenientes para mí.	<input type="radio"/>				
10. Recibí la ayuda que quería.	<input type="radio"/>				
11. Recibí toda la ayuda que necesitaba.	<input type="radio"/>				
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>				
13. El personal respetó las creencias religiosas/espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>				
14. El personal me hablaba de manera que yo entendiera.	<input type="radio"/>				
15. El personal respetó mi raza y mis antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>				
Como resultado de los servicios que he recibido:					
16. Me siento mejor al enfrentarme a la vida diaria.	<input type="radio"/>				
17. Me llevo mejor con los miembros de mi familia.	<input type="radio"/>				
18. Me llevo mejor con mis amigos y otras personas.	<input type="radio"/>				
19. Estoy mejor en la escuela y/o en el trabajo.	<input type="radio"/>				
20. Puedo enfrentarme mejor a las cosas cuando van mal.	<input type="radio"/>				
21. Ahora estoy satisfecho/a con mi vida familiar.	<input type="radio"/>				